

Misión:

Proteger, promover y mejorar la salud de todas las personas en la Florida mediante los esfuerzos integrados del estado, condado y comunidad.



Rick Scott
Gobernador

John H. Armstrong, MD, FACS
Director General de Salud Pública y Secretario del Estado

Vision: Ser el Estado Más Saludable en la Nación

**CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN
PARA EL USO DE FOTO, VIDEO Y/O AUDIO**

Por la mediante doy consentimiento y permiso al Departamento de Salud de la Florida (DOH, por sus siglas en inglés) para grabar el aspecto, apariencia física y/o voz en video, en película, o en disco de video digital, o por otros medios, y/o tomar fotografías de la apariencia de (imprimir nombre) _____, edad (si es un menor) _____.

No obstante cualquier prohibición que se exprese en el Artículo 540.08 de los Estatutos de la Florida, por la presente, libre y voluntariamente consiento el uso y publicación de mi nombre, participación, imagen y/o semejanza por el Departamento de Salud y/o sus empleados y/o sus agentes, así como la entidad que solicita este consentimiento, y fotografías, vídeo y/o audio para cualquier y todo propósito, incluyendo, pero no limitado al, educativo, promocional, de publicidad y de comercio, a través de cualquier medio o formato, incluyendo, pero no limitado a , el película, fotografía, televisión, radio, digital, internet, o la exposición, en cualquier momento a partir de esta fecha en adelante hasta que yo revoque este consentimiento por escrito.

Reconozco que el DOH es el único propietario de todos los derechos, de y para, esta producción visual y/o de sonido y/o de fotografía(s) y las grabaciones de la misma, y que tiene el derecho de utilizar o reproducir el sonido y/o las imágenes resultantes con la frecuencia que considere necesario. Reconozco que las fotografías, video y/o audio se pueden usar de forma indefinida por la televisión, radio, periódicos, revistas, boletines, folletos, internet, intranet, o en otros medios de comunicación, una vez publicadas.

El DOH tiene el derecho, entre otras cosas, editar y/o alterar la grabación visual o sonora, o fotografías, según sea necesario. Entiendo que no recibiré ninguna compensación por la apariencia de la persona cuyo nombre figura anteriormente, o por su participación en dicha producción. Estoy de acuerdo en mantener el DOH, sus empleados y otras partes indemnes contra demanda, responsabilidad, pérdida o daño causado por, o que surja de, mi participación en esta producción.

He leído este consentimiento antes de firmar y entiendo plenamente el contenido, significado e impacto del mismo. Entiendo que soy libre para hacer frente a cualquier pregunta en particular y así he hecho antes de firmar este consentimiento.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono/Correo electrónico: _____

Firma del Sujeto: _____ Fecha: _____

Requerido si el Sujeto es menor de 18 años de edad:

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Nombre del Testigo: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Estoy revocando este consentimiento.

Entiendo que se hará todo lo posible para eliminar el elemento del sitio dentro de un plazo razonable. También entiendo que este archivo pudo haber sido copiado sin permiso, y estoy de acuerdo en no responsabilizar el Departamento de Salud en los casos de estas violaciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Florida Department of Health

Office of the General Counsel
4052 Bald Cypress Way, BIN A02
Tallahassee, FL 32399-1702
TELÉFONO: 561-671-4011 • FAX: 561-837-5195

www.FloridasHealth.com

TWITTER:HealthyFLA
FACEBOOK:FLDepartmentofHealth
YOUTUBE: fidoH